

**ACTA DE REVISIÓN Y ANÁLISIS DE ANTECEDENTES Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE  
POSTULANTES PARA CONVOCATORIA EVENTUAL: CONCURSO DE CHOFER PARA HOSPITAL  
PROVINCIAL NEUQUÉN**

En la Ciudad de Neuquén a los días 03 del mes de Septiembre del año 2024 siendo las 09.00 hs, se reúnen en el Hospital Provincial Neuquén, el Comité Evaluador para la selección eventual anunciada precedentemente, para dar cobertura al puesto de CHOFER en el Hospital Provincial Neuquén.

Se hacen presentes las/los integrantes del Comité Evaluador:

- TEC. VAZQUEZ MARIANA (Comité Ejecutivo)
- SRA. VALDEBENITO CECILIA (Comité Ejecutivo)
- SRA. FERRARI DORA (Comité Ejecutivo)
- LIC. MOYA AGUSTINA (Comité ATE)

Nombre y Apellido	DNI	Condición (Habilitada/o -Inhabilitada/o -Condiciona)	Observación: en caso de quedar condicional o Inhabilitada/o, detallar motivo
VALDEZ WILLIAMS	44.778.902	HABILITADO	
FANELLO FERNANDO	S/ DNI	INHABILITADO	SOLO PRESENTA CV.
RIVERA MAURO	41.050.168	CONDICIONAL	FALTA: Domicilio acreditable por DNI en la localidad para la que se realiza el llamado a concurso, <b>con residencia mínima de dos (2) años</b> . En caso de no poder justificar la antigüedad requerida, <b>deberá acreditar la misma mediante algún servicio a su nombre detallando domicilio con antigüedad o mediante certificación policial.</b>
MENDEZ ANDRES	23.693.137	INHABILITADO	NO PRESENTA LA DOCUMENTACIÓN EN FORMATO SOLICITADO.
ZEBALLOS OMAR	29.841.116	HABILITADO	
CABEZA LUCINDO	S/ DNI	INHABILITADO	SOLO PRESENTA CV.
TORRES GASTON	S/ DNI	INHABILITADO	LE FALTA MÁS DE UN REQUISITO.

Condición de las/los postulantes:

**Habilitada/o:** Presentó toda la documentación y está en condiciones de pasar a la siguiente instancia del concurso.

**Condiciona:** Sólo si falta uno (1) de los requerimientos (documentación excluyente). El mismo debe ser subsanado dentro de las 48 hs, desde que se publica la presente Acta, enviándolo vía mail.

**Inhabilitada/o:** incumple con los requisitos que validen esa instancia.

Firman de conformidad al pie, siendo las..... hs del día..... del mes de ..... del año ....., y no habiendo más que tratar, se cierra el presente.

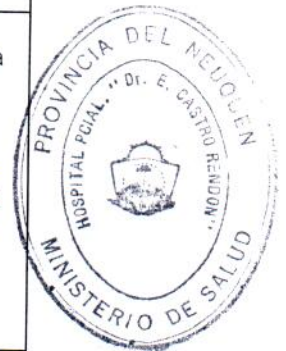
Firmas

Vazquez  
Mariana

Ferrari Dora

Agustina Moya  
Lic. Enfermería  
M.P. 1833  
(JI ATE)

Valdebenito  
Cecilia



**ACTA DE REVISIÓN Y ANÁLISIS DE ANTECEDENTES Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE POSTULANTES PARA CONVOCATORIA EVENTUAL: CONCURSO DE CHOFER PARA HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN**

En la Ciudad de Neuquén a los días 03 del mes de Septiembre del año 2024 siendo las 09.00 hs, se reúnen en el Hospital Provincial Neuquén, el Comité Evaluador para la selección eventual anunciada precedentemente, para dar cobertura al puesto de CHOFER en el Hospital Provincial Neuquén.

Se hacen presentes las/los integrantes del Comité Evaluador:

- TEC. VAZQUEZ MARIANA (Comité Ejecutivo)
- SRA. VALDEBENITO CECILIA (Comité Ejecutivo)
- SRA. FERRARI DORA (Comité Ejecutivo)
- LIC. MOYA AGUSTINA (Comité ATE)

Nombre y Apellido	DNI	Condición (Habilitada/o -Inhabilitada/o -Condiciona)	Observación: en caso de quedar condicional o Inhabilitada/o, detallar motivo
VALENZUELA DIEGO	S/ DNI	INHABILITADO	LE FALTA MÁS DE UN REQUISITO.
CARRILLO MARIA	31.530.424	INHABILITADA	POR DOMICILIO
DIAZ CARLOS	38.812.167	CONDICIONAL	FALTA: Domicilio acreditable por DNI en la localidad para la que se realiza el llamado a concurso, <b>con residencia mínima de dos (2) años</b> . En caso de no poder justificar la antigüedad requerida, <b>deberá acreditar la misma mediante algún servicio a su nombre detallando domicilio con antigüedad o mediante certificación policial.</b>
TORRES FRANCO	33.695.643	CONDICIONAL	FALTA: Título de Secundario, expedido por establecimientos Provinciales, Nacionales o Privados con habilitación y reconocidos por el Ministerio de Educación y Justicia de la Nación.
GALLARDO MARCOS	S/ DNI	INHABILITADO	SOLO PRESENTA CV.

Condición de las/los postulantes:

**Habilitada/o:** Presentó toda la documentación y está en condiciones de pasar a la siguiente instancia del concurso.

**Condiciona:** Sólo si falta uno (1) de los requerimientos (documentación excluyente). El mismo debe ser subsanado dentro de las 48 hs, desde que se publica la presente Acta, enviándolo vía mail.

**Inhabilitada/o:** Incumple con los requisitos que validen esa instancia.

Firman de conformidad al pie, siendo las..... hs del día..... del mes de ..... del año ....., y no habiendo más que tratar, se cierra el presente.

Firmas

Vazquez  
Mariana

Ferrari Dora (J.F.A.T.E.)  
Agustina Moya  
Enfermería  
M.P. 1833

Goldelute  
Valdebenito  
cecilia

